|  |  |
| --- | --- |
| **Apego y Recuperación Bioconductual (ABC)** |       |

**Consentimiento de NC ITP para la grabación de video y la divulgación de información**

Este consentimiento está expresamente destinado para autorizar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de N.C. y a su personal de toda responsabilidad que resulte de la toma y el uso autorizado de los materiales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Yo |       | *(nombre)* | por la presente autorizo a la Oficina de Comunicaciones |
| para obtener o permitir: |       | (*Nombre de CDSA*) |

para *obtener* lo siguiente de mí/mi hijo *(verifique las descripciones apropiadas)*

[ ]  Fotografías [ ]  Película/Cinta de video [ ]  Entrevista [ ]  Grabación de voz

Acepto que los mencionados anteriormente pueden usar o permitir que otras personas *utilicen* los materiales producidos a partir de esta sesión para cualquiera de los propuestos que se describen a continuación (verifique las categorías apropiadas).

[ ]  Publicaciones educativas

[ ]  Materiales de investigación/Publicaciones

[ ]  Publicidad

[ ]  Sitio web del departamento

[ ]  Departamento de Publicaciones

[ ]  Medios impresos o de difusión

[ ]  Creación de ABC Video Montaje para ser entregado a la familia

Si procede: [ ]  Estoy de acuerdo con lo anterior con la condición de que no se me identifique por mi nombre.

*Los videos son parte del registro confidencial protegido del niño y se conservarán y destruirán según la política de retención de registros de NC DHHS.*

He leído lo anterior y entiendo completamente este comunicado. También entiendo que esta autorización permanecerá vigente durante el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito por hasta un año o si rescindo esta autorización completando la sección de revocación en la parte inferior de este formulario. Además, entiendo que cualquier acción tomada en este comunicado antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| Primer Nombre del Niño | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento |  |
| Firma del Padre/Guardián Legal: |       | Fecha: |       |  |
| Dirección:  |       |  |
| Ciudad/Estado/Apartado Postal: |       |  |
| Testigo: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN DE REVOCACIÓN** |
| Por la presente solicito que esta autorización sea rescindida, efectiva |       |  |
|  | *(Fecha)* |  |
| Firma del guardián o padre: |       |  |
| Fecha: |       |  |  |
|  |